

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

Nº W21-669043



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10814 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 238,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/05/23

Nom et prénom du malade : DR IDRISI Idrissi Age : 36 ans

Lien de parenté :  Lui-même  conjoint  Enfant

Nature de la maladie : grippe + bronchite



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE + HOSPITALO UNIVERSITA RE Bouskoura	20/5/23	238,60 Dhs
Ouled Ben Amara - Salha - Bouskoura		
1 Nouakchott - Casablanca		
Tel : 022 59 23 15		

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHÉSIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																														
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>																														
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																														
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																														
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>25533412</th> <th>21433552</th> <th></th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>00000000</th> <th>00000000</th> <th></th> </tr> <tr> <th>B</th> <th>00000000</th> <th>00000000</th> <th></th> </tr> <tr> <th>G</th> <th>35533411</th> <th>11433553</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="4"><b>[Création, remont, adjonction]</b></td></tr> <tr><td colspan="4">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				H	25533412	21433552		D	00000000	00000000		B	00000000	00000000		G	35533411	11433553		<b>[Création, remont, adjonction]</b>				Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																													
	H	25533412	21433552																																																											
	D	00000000	00000000																																																											
	B	00000000	00000000																																																											
	G	35533411	11433553																																																											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>																																																													
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																													
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																														
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																														



BN ROCHD  
Casablanca  
الدار البيضاء

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
مستشفى 20 غشت 1953  
Hôpital du 20 Août 1953



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : ٢٠٠٥٠٢٣

## ORDONNANCE

Docteur : .....

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML  
P.P.V. : 119DH30



6 118 001 080052

Dhliouich Nour

MB30x2

oroken (enfants)



(efferves)

mettre au frigo dans la bouteille



T : 238160

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
Ouled Ben Amar Limsalha Bouskoura  
Nouaceur - Casablanca  
1 Tel : 05 22 59 23 15



sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML  
P.P.V. : 119DH30

